

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 103.

DIVERTICULES DE L'APPENDICE

ET APPENDICITE DIVERTICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène LORILLOU

INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né à Paris, le 20 juillet 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

DIVERTICULES DE L'APPENDICE
ET APPENDICITE DIVERTICULAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ALLAN
TANIGUCHI
JAN 11 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 103.

DIVERTICULES DE L'APPENDICE

ET APPENDICITE DIVERTICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1913

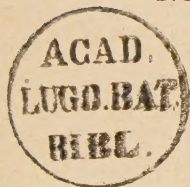
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène LORILLOU

INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né à Paris, le 20 juillet 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON(A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MORFAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	LESEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	COURMONT (P.).
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCIET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie.	REGAUD.	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.)	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

A. PIC, Président ; PAVIOT, Assesseur ;

MM. VILLARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

Elle a mis durant toute sa vie son intelligence et son activité au service des malades pauvres. Cette existence est pour nous un bel exemple d'abnégation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Nous ne nous sommes jamais quittés. Très jeunes, ils ont été pour moi des camarades plutôt que des parents. Cette thèse est une grande joie dans notre petite intimité et je suis heureux de pouvoir leur dédier ce travail en témoignage de notre profond amour.

A MONSIEUR ET MADAME BERRAUT

C'est dans le petit dispensaire de la Croix-Rouge du Raincy, en observant, tout enfant, leur dévouement aux pauvres et aux malades que j'ai pris moi-même l'amour de ceux qui souffrent et la vocation médicale.

A TOUS MES PARENTS ET MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse, qu'il veuille bien agréer notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Nous lui devons l'idée de ce travail, il nous a ménagé l'accueil le plus bienveillant toutes les fois où nous avons eu recours à lui. Nous lui présentons nos vifs remerciements et l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMET

Médecin des Hôpitaux de Grenoble
Professeur à l'École de Médecine

Qui s'est gracieusement mis à la disposition de son ancien interne pour lui fournir un des plus beaux éléments de cette thèse.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

INTRODUCTION

On a signalé des diverticules sur tous les organes creux, ceux de l'intestin, de l'œsophage, de la vésicule biliaire, de la vessie ont été copieusement étudiés. On n'a pas vu seulement en eux des anomalies, mais leur importance pathologique a été discutée largement. Seuls les diverticules de l'appendice sont restés longtemps dans l'oubli.

Les anatomistes, les cliniciens médicaux, familiers des trouvailles d'autopsie, n'ont pour ainsi dire rien signalé sur ces faits. C'est qu'en effet il faut y regarder de très près pour distinguer de telles anomalies et l'appendice à aspect extérieur à peu près normal était peu examiné; la rareté du fait jointe à cela explique le silence des anatomo-pathologistes.

Ce sont les chirurgiens qui, depuis dix ans, interviennent de plus en plus sur l'appendice qui ont commencé et qui continuent à signaler les cas, et c'est aussi pourquoi ils voient le phénomène à leur point de vue spécial, parlant surtout de l'organe malade sur lequel est de plus en plus attirée leur attention et étudiant peu l'anomalie congénitale.

Pourtant l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'appendicite s'est poursuivie longtemps et de cette étude il est résulté que l'affection a été plus tôt diagnostiquée,

mieux traitée, et plus souvent guérie. L'étude méthodique et complète des diverticules de l'appendice apportera encore des éléments nouveaux, complétera l'étiologie, l'évolution clinique, le pronostic et le traitement de l'appendicite. L'importance capitale des faits que nous allons signaler mettra en garde le chirurgien contre des complications redoutables et contribuera à élucider la question tant travaillée et pourtant toujours nouvelle de l'appendicite.

HISTORIQUE

Le premier cas-diverticule de l'appendice a été signalé par Edel, en 1894. Jusque-là, on ne trouve rien, ni chez les anatomistes, même anciens, ni chez les cliniciens. La première étude importante clinique et anatomo-pathologique a été faite par MM. Letulle et Weinberg, en 1897, dans les *Archives des Sciences médicales*, article où ils n'ont d'ailleurs étudié que des diverticules d'origine nettement inflammatoire, dans lesquels ils distinguèrent deux types : 1° par ulcération diverticulaire, c'est-à-dire par abcès pariétal ouvert dans la cavité appendiculaire, et dont la cavité constitue le diverticule; 2° par diverticule cicatriciel, cas où la régénération épithéliale a recouvert la cavité de l'abcès.

Puis, en 1900, Walther présente, à la Société de Chirurgie de Paris, un exemple de diverticule également d'origine inflammatoire.

Nous avons entre les mains une observation et des préparations d'un diverticule congénital trouvé en 1900 par M. le docteur Jacquemet, médecin des hôpitaux de Grenoble, et complètement inédit.

En 1901, Hedinger, cité par Lejars, trouve un diverticule congénital du même type que le précédent à l'autopsie d'un nouveau-né. Ces deux cas sont uniques dans la littérature des diverticules d'origine nettement congénitale.

En 1904, MM. Lejars et Ménétrier publient, dans la *Revue de Chirurgie*, un article documenté par l'étude complète de trois cas types de diverticules inflammatoires.

En 1906, M. Schweizer décrit un diverticule enflammé d'une extrême fragilité.

En 1906, Lorrain décrit, dans les *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomo-Pathologie*, une anomalie congénitale constituée par la présence en un point de la muqueuse appendiculaire d'une cavité diverticulaire, où la muqueuse serait la seule tunique de revêtement. L'inflammation aiguë dont était le siège cet appendice permettait mal de distinguer son origine.

Lecène, en 1911, signale, à la Société Anatomique de Paris, deux diverticules acquis dans des appendices distendus.

Lejars, la même année, dans un nouveau travail sur la question, dans la *Semaine Médicale*, signale un cas personnel avec rétention muqueuse septique dans le méso-appendice.

Enfin, en 1913, M. Patel et MM. Bérard et Vignard signalent, à Lyon, des appendicites diverticulaires où le chirurgien arrive juste à temps pour empêcher des accidents graves.

A l'étranger, les publications sont aussi nombreuses.

En 1902, Mertens signale des diverticules acquis par hernie de la muqueuse à travers la musculuse, en dehors de toute inflammation, paraît-il.

En 1905, Von Brunn publie des exemples de diverticules par destruction ulcéreuse de la paroi appendiculaire, et insiste sur la pathogénie de ces formations.

En 1908, Malatesta, dans *Il Policlinico*, signale et étu-

die des diverticules pathologiques. Au contraire, en 1900, Koujetzny publie deux cas sans histoire clinique et presque sains, et des cas intéressants de diverticules inflammatoires.

Enfin, en 1911, des communications fort intéressantes sont faites, à la Société de Chirurgie de Breslau, par MM. Simon et Gottstein; et, à la Société de Médecine berlinoise, par M. Zondek. Mac Carthy et Mac Grath publient la statistique de la clinique des frères Mayo, très édifiante, au point de vue de la fréquence relative des diverticules.

CHAPITRE PREMIER

DIVERTICULES

L'appendice iléo-cæcal peut donc, tout comme l'intestin, présenter des diverticules dont l'origine peut être congénitale, acquise ou pathologique.

Nous étudierons séparément les différents diverticules au point de vue anatomique où anatomo-pathologique, pour réunir la question quand nous examinerons la façon dont ils se comportent, s'ils sont le siège d'un processus infectieux.

Nous distinguerons :

Des diverticules microscopiques;

Des diverticules congénitaux à paroi complète;

Des diverticules acquis sans processus inflammatoire;

Des diverticules acquis d'origine nettement inflammatoire.

Diverticules microscopiques.

Leur fréquence est extrême et ils ont cependant été peu étudiés, même sur les autres portions de l'intestin. Leur importance n'égale évidemment pas celle des diverticules visibles macroscopiquement, mais elle est cependant loin d'être complètement négligeable. Ils se présentent le plus

souvent aux points d'émergence des vaisseaux dans la musculéuse, qui sont évidemment des points de moindre résistance. Selon la théorie de Graser, c'est à leur niveau que s'amorceront des diverticules plus importants. Ils ne constituent donc pas seulement une curiosité anatomo-pathologique, car c'est aussi à leur niveau qu'une collection pourra s'ouvrir dans la lumière appendiculaire, en choisissant ce point favorable spécialement.

Leur rôle se rapproche beaucoup de celui des diverticules de l'anse sigmoïde.

Diverticules congénitaux.

Les diverticules congénitaux ou organes préformés à paroi complète sont, paraît-il, d'une extrême rareté et, en effet, nous n'en pouvons signaler que deux cas.

Le premier en date, trouvé en 1900 par M. le docteur Jacquemet, médecin des hôpitaux de Grenoble, a été parfaitement étudié par lui. Il n'avait pas été signalé et c'est le hasard de cette thèse faite à Grenoble, qui nous a permis de le déloger. La publicité du fait aura donc tout l'avantage de l'inédit. M. Jacquemet a fait de cette anomalie de très belles préparations microscopiques séries coupées régulièrement à $6\ \mu$, qui nous ont été tout particulièrement utiles pour décrire ce type particulier. Nous publions de même une micro-photographie d'une des coupes très significative. Cette micro-photographie est due à l'obligeance de mon bon ami Perrin, interne des hôpitaux de Grenoble, préparateur à la Faculté des sciences; elle montrera, plus exacte qu'un dessin, que ce cas presque unique n'est pas le fait d'une erreur d'examen.

L'autre cas a été signalé, en 1901, par M. Hedinger, à l'autopsie d'un nouveau-né; il lui est presque semblable, comme on le verra.

Dans ces diverticules, toutes les tuniques de l'appendice prennent part à la formation de la cavité secondaire.

Cette cavité est réunie à la cavité centrale de l'appendice par un étroit pertuis. La muqueuse passe de la lumière de l'appendice dans celle du diverticule sans démarcation qu'une coudure brusque. On trouve inclus dans l'intérieur de l'organe anormal les mêmes calculs stercoraux que dans l'appendice. La sous-muqueuse, la musculéuse et la séreuse suivent le mouvement de la muqueuse, entourant ainsi complètement le diverticule.

Leur rareté est-elle si réelle ? Il y a lieu de penser que si, dans toutes les autopsies, l'appendice était examiné soigneusement, on en trouverait tout de même quelques-uns. Cette opinion est d'autant mieux fondée que les cliniciens médicaux et les anatomistes ne signalent aucune espèce de diverticule dans cette région alors que, depuis que les chirurgiens extirpent des appendices qu'ils examinent ensuite, ils y trouvent toutes ces curiosités, altérées il est vrai par l'état pathologique qui le plus souvent a motivé leur intervention.

L'aspect de ces diverticules sera mieux expliqué encore à la lecture des deux observations qui relatent ce type particulier.

Observation de M. le D^r JACQUEMET

Le 16 février 1900, au n° 16 de la salle Chissi, à l'Hôpital Civil de Grenoble, une femme mourait d'asystolie. Cette malade était atteinte de rhumatisme chronique. Elle avait

eu, depuis trois ans, des crises d'hyposystolie de plus en plus fréquentes. Dans les trois mois précédant la mort, elle présentait de l'œdème des jambes et de l'ascite. Les signes physiques cardiaques correspondant à ces phénomènes consistaient en un souffle systolique propagé à l'aisselle et à des troubles variés du rythme cardiaque. Le foie était gros.

A l'autopsie, l'examen des organes thoraciques révélait une adhérence pleurale à droite en arrière. Les deux plè-

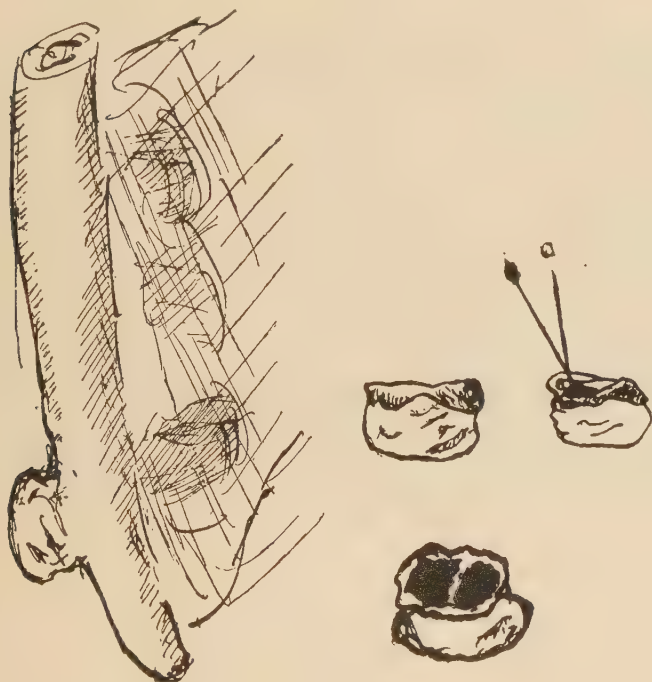


Fig. 1

vres, surtout à droite, étaient envahies par un liquide abondant.

Au cœur on notait une symphyse postérieure serrée, des points ecchymotiques à la pointe. Les valvules mitrale et tricuspide étaient atteintes toutes deux d'endocardite chronique avec sclérose. Le muscle cardiaque était très hyper-

trophé et mesurait environ un centimètre d'épaisseur à droite et un centimètre et demi à gauche.

L'aorte présentait, juste en aval de l'émergence de la sous-claviaire gauche, des lésions d'aortite ancienne créant un rétrécissement de la lumière, laissant ainsi passer juste le petit doigt.

Dans l'abdomen, se trouvait du liquide citrin assez abondant. Le foie, descendu épaissi, donnait à la coupe l'appar-



Fig. 2.

rence du foie muscade de cirrhose cardiaque avec sclérose par îlots.

Le mésentère était congestionné, ainsi que l'intestin grêle. Enfin, on trouvait en place l'appendice. Il était libre de toute adhérence, recouvert d'un péritoine d'apparence absolument sain. Il contenait sept petits calculs stercoraux. A peu près au milieu du bord libre de cet appendice se détache une petite excroissance d'aspect extérieur identique à celui de l'organe lui-même. Le péritoine, à son niveau, a en effet une coloration et un velouté normal. Cette bosse-

lure était du volume d'un petit pois; détachée prudemment de l'appendice, à coups de ciseaux, elle montrait deux cavités muqueuses accolées en canon de fusil et dont la lumière s'ouvrait dans la lumière de l'appendice par deux petits pertuis d'un diamètre inférieur à celui du diverticule.

Des coupes sérieées à 6 μ furent faites parallèlement à l'axe de l'appendice dans la tumeur. Ces coupes montrent une double expansion latérale de la cavité muqueuse appendiculaire. La muqueuse se continue semblable à elle-même dans les deux culs-de-sac, sans nulle démarcation autre qu'une coudure brusque. La sous-muqueuse fait de même, ainsi que la séreuse et la musculieuse, qui n'est interrompue nulle part et entoure complètement les cavités diverticulaires. Elle se continue même jusque dans la cloison qui sépare ces deux cavités.

La figure ci-dessus représente un des points typiques du cas à ce niveau, les diverticules communiquent largement avec l'appendice. Un orifice rétréci limite cependant cette communication et sur une bonne partie des coupes faites en séries régulières, on voit les cavités diverticulaires comme indépendantes de celle de l'appendice.

Il s'agissait donc là d'un diverticule en tous points comparable aux diverticules congénitaux de l'intestin. Il n'y a d'ailleurs rien qui rappelle un état pathologique de l'organe anormal dans les commémoratifs de l'observation. La pièce paraissait parfaitement saine et se présentait sous le même aspect que le diverticule congénital trouvé l'année suivante par M. Hédinger.

En 1901, en effet, M. Hédinger, à l'autopsie d'un nouveau-né, signalait la présence, sur l'appendice iléo-cæcal, de nodosités du même genre et de même rareté anatomique. Le fait est rapporté par M. Lejars en ces termes :

Chez un enfant mort-né, le tiers externe de l'appendice était semé de nombreuses bosselures, constituées par des

hernies diverticulaires de la paroi; la couche musculaire se prolongeait, du reste, à la surface de ces diverticules et ne présentait nulle part, à leur base, cette interruption brusque, constatée d'ordinaire dans les diverticules acquis.

Tels sont les deux seuls cas de diverticules appendiculaires d'origine nettement congénitale. Leur présence ici a une très grande importance en démontrant péremptoirement leur existence.

CHAPITRE II

DIVERTICULES ACQUIS

Entre les deux appendices cités précédemment et ceux que nous allons décrire maintenant une différence appréciable est très marquée; la tunique musculieuse de l'appendice ne recouvre pas la nodosité appendiculaire. Ce sont là le plus souvent des appendices extirpés par des chirurgiens à la suite d'accidents inflammatoires ayant nécessité une intervention dans la région.

Sur un point déterminé de l'appendice la tunique musculieuse cesse plus ou moins brusquement, limitant ainsi un orifice, un collet, à travers lequel la muqueuse et la sous-muqueuse font hernie et vont s'épanouir en s'élargissant sous la séreuse.

La tunique muqueuse peut être semblable et dans le diverticule et dans l'appendice. Elle peut y posséder ses glandes, son chorion, sa *muscularis mucosæ*, alors que d'autres fois elle peut être réduite à une mince couche de cellules cubiques posée sur un tissu granuleux peu épais qui la sépare seul de la séreuse.

La cavité muqueuse peut de même être complètement isolée de la cavité centrale séparée de la lumière appen-

diculaire par des vestiges de fibres musculaires et des bandes fibreuses. Elle pourra de même se trouver enfouie assez profondément dans le méso, créant ainsi dans cet organe une rétention muqueuse qui pourra être aseptique comme dans le cas de M. Lecène, ou septique ou douloureuse comme dans bon nombre d'autres cas.

La sous-muqueuse suit la muqueuse dans son trajet extra-musculaire; elle présentera, suivant les cas des traces plus ou moins accusées d'inflammation ancienne ou récente sur lesquelles nous reviendrons. La musculuse peut n'être interrompue qu'incomplètement et subsister à l'état de vestiges sur le pourtour de la nodosité qu'entoure complètement la séreuse doublée d'un tissu conjonctif parfois assez abondant et presque toujours porteur d'infiltration fibreuse.

Par quels processus ont pu se manifester de telles déformations ? Doit-on admettre pour certains d'entre eux l'origine congénitale ? Nous verrons plus loin, à la discussion, qu'elle est peu plausible. Comment expliquer alors la disparition de la musculuse au niveau du diverticule ? Il y a deux théories, vraies toutes les deux et s'appliquant toujours selon les diverticules. Ces deux théories, nous le verrons d'abord, sont toutes deux tributaires d'une cause unique : l'infection à des degrés, il est vrai, bien différents.

Nous aurons à distinguer des diverticules par hernie de la muqueuse sans altérations appréciables dues aux processus infectieux, et des diverticules appelés par d'autres faux diverticules, résultats d'un processus ulcéreux ayant modifié la paroi appendiculaire.

Diverticules acquis par hernie de la muqueuse.

Ce mode de formation peut être rapproché de celui qui s'applique à certains diverticules coliques acquis par hernie de la muqueuse. Ce phénomène se produit, dans ce cas, assez fréquemment au niveau de l'S iliaque, et les nombreuses observations ont été résumées dans la thèse récente de de Mourgues (Lyon, 1913). La hernie emprunte l'orifice servant au passage d'un vaisseau.

Ces diverticules se constatent donc, on le voit de suite, avec beaucoup de préférence sur le bord adhérent de l'appendice, point de pénétration des vaisseaux. En effet, les différents vaisseaux contenus dans le méso (artérioles, veines, lymphatiques), pour pénétrer dans l'appendice, créeront dans la musculuse autant de passages, dont un sera particulièrement important à la pointe qui donne passage à l'artère appendiculaire. Que l'appendice ou le méso soient surchargés de graisse, qu'il y ait quelques tiraillements dans le méso, ces orifices préformés seront d'autant plus accessibles à la protusion des tissus internes. Mais par quelle cause locale cette protusion pourrait-elle se réaliser ? Ce sont d'abord des causes indirectes : modifications vasculaires dans les tunnels ainsi creusés, des tractions par des brides du méso, et enfin la pression intra-appendiculaire. C'est dans cette dernière cause que l'inflammation joue probablement un rôle. L'évacuation du contenu appendiculaire peut être gênée, et le fait est quelquefois en rapport avec une inflammation appendiculaire qui rétrécit l'ostium comme dans les cas rapportés, en 1896, à la Société de Chirurgie par M. Ferrier, de Nancy. D'autre part, un processus infectieux, même

bénin, peut amener un hyperfonctionnement des glandes, fait qui, joint au fait précédent, pourra créer une hypertension intra-appendiculaire. Une hernie de la muqueuse dans un des orifices de la musculieuse se créera alors. Cette hernie sera d'abord d'ordre microscopique. On rencontre, en effet, souvent, sur des appendices porteurs de diverticules de grosseur appréciable, des diverticules microscopiques, qui ne sont qu'un premier stade des autres nodosités constatées. Ce diverticule microscopique, sous les mêmes causes d'hypertension, s'enfoncera et dilatera le collet de la musculieuse jusqu'à obtenir une petite tumeur qui pourra faire penser parfois à une bifurcation de l'appendice.

Ce diverticule ainsi constitué sera situé sur le bord adhérent au méso. Sa muqueuse sera en tous points comparable à celle du verminium.

La sous-muqueuse, parfois normale, présentera le plus souvent quelques altérations. La musculieuse est discontinue et forme un collet serré autour de la muqueuse, collet qui a son importance, puisqu'il différencie le type. Enfin, la séreuse bosselée par cette expansion recouvre tout l'appendice sans rien présenter d'anormal à ce niveau.

Ce diverticule sera bien différent de celui que nous décrivons plus loin et causé par une destruction inflammatoire de la paroi. Tel qu'il est, une bonne santé habituelle est parfaitement compatible avec lui.

De même que les diverticules congénitaux du chapitre précédent, il pourra rester inerte. Il ne sera vraisemblablement pas une cause d'appendicite; mais que celle-ci se déclare, il sera alors, après guérison spontanée si celle-ci a lieu, absolument semblable aux diverticules inflam-

matoires. En tout cas, sa présence seule sera dangereuse, car, sans signes cliniques importants, sans crises antérieures, les lésions perforantes seront très rapides.

Il existera d'ailleurs, même après une altération appendiculaire, des symptômes diagnostiques pour les distinguer histologiquement des diverticules d'emblée infectieux. Ce sera :

1° Leur siège sur le bout adhérent, le plus souvent près de la pointe;

2° L'étroitesse de leur collet.

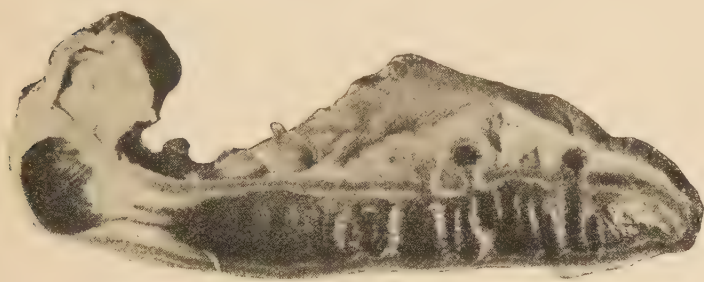


Fig. 1.

S'ils sont restés inertes jusque-là, ils auront de plus une muqueuse normale sans atrophie glandulaire et une séreuse non infiltrée de sclérose.

En 1902, M. Mertens signalait la présence de ces diverticules acquis. M. Mertens en avait découvert deux fois. Sur un premier appendice, le diverticule se trouvait près de la pointe; sur l'autre, on constatait trois diverticules du bord adhérent.

M. Hansemann, en 1904, en signale douze cas.

M. Kontjetzny, assistant de la clinique chirurgicale du professeur Ausschütz, de Kiel, publie, dans la *Munchener*

Medizinische Wochenschrift, un travail très complet sur les diverticules appendiculaires en général et sur le diverticule d'origine physiologique en particulier.

Il cite en particulier deux cas typiques que nous allons reproduire ici. Ces deux appendices ont été trouvés parmi mille appendices extirpés. Ils donnent macroscopiquement, dit l'auteur, l'aspect d'un organe gonflé, hydropique. Microscopiquement, on n'y trouve aucune trace d'un processus inflammatoire quelconque au lieu du diverticule. La musculature n'est pas sclérosée, condition réclamée précisément par Von Brunn pour l'explication inflammatoire. Malheureusement, dit-il, je ne puis donner de renseignements cliniques sur ces deux intéressantes préparations, parce que je les ai trouvées entre autres appendices extirpés depuis quelques années sans autres indications. Cependant, pour l'un des deux appendices, il y avait une observation et il avait été enlevé au cours d'une laparotomie pratiquée pour toute autre cause que l'appendicite. D'ailleurs, les examens macroscopique et microscopique correspondent et on ne peut prétendre, pour ces pièces, à un état inflammatoire aigu ou chronique.

Les deux appendices se présentent à peu près dans les mêmes conditions. Il s'agit de beaux exemples *avec dilatation régulière de la lumière alors que celle-ci est, au contraire, atrophiée au maximum dans la portion juxta-cæcale* (fig. 1).

La muqueuse est intacte, sans ulcérations ni autres lésions. Ce qui est important, c'est la présence de trois hernies de la cavité appendiculaire dans le mésentérium. Au microscope, la paroi de ces diverticules, qui sont bien

régulièrement formés, est constituée en partie par la musculieuse et par la muqueuse. La muqueuse est peut-être un peu plus mince que d'habitude, mais montre, comme la muqueuse ordinaire, ses glandes de Lieberkuhn et sa muscularis mucosæ. A l'intérieur du diverticule, un tissu cellulaire s'immisce entre la cavité diverticulaire et le collet musculaire, gagnant ainsi le mésentérium.

L'auteur entreprend alors la pathogénie de cette espèce diverticulaire, pathogénie sur laquelle nous ne reviendrons pas.

M. Gottstein présentait de même, en juin 1911, à la Société de Chirurgie de Breslau, deux appendices porteurs de diverticules multiples à collet serré et passant par les interstices vasculaires sans traces appréciables d'inflammation.

**Diverticules d'origine nettement inflammatoire
ou faux diverticules.**

Les déformations que nous allons décrire ici sont toutes d'ordre pathologique. Elles ont succédé toutes à des manifestations cliniques d'infection appendiculaire soit aiguë, soit chronique, mais ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Le diverticule se présente ici sous un aspect un peu particulier. Tout d'abord, l'aspect extérieur de la pièce dénote le plus souvent qu'il s'agit d'un appendice malade, soit que la séreuse ait pris une teinte cicatricielle anormale, soit qu'il soit entouré de néoformations inflammatoires, soit qu'il soit hypervascularisé. Le péritoine de recouvrement a perdu son velouté normal et le diverti-

cule possède même un aspect scléreux; il est vascularisé anormalement, dépoli et parfois présente par places, au niveau de la néoformation, des points colorés en gris blanchâtre, comme si un tissu de défense avait réparé les dégâts d'un processus ulcéreux prêt à perforer la séreuse.

La couche musculaire, comme dans le type précédent, s'arrête sur les bords de la nodosité, mais, à l'inverse du cas précédent, elle ne serre pas par un collet étroit les tissus herniés. Ce fait ne se présente que dans une catégorie de diverticules mixtes caractérisée par un diverticule du type précédent ordinaire, chez lequel un processus inflammatoire aurait donné l'allure scléreuse de ceux-ci. Si le collet n'est pas étroit, il peut pourtant être d'un diamètre plus étroit que celui du diverticule, comme dans l'observation de M. Lejars; cela tient à la présence de tissus fibreux cicatriciels ayant infiltré et rétracté légèrement l'anneau musculaire.

La couche muqueuse a, ici aussi, un aspect tout particulier; comme précédemment, elle fait hernie dans la cavité diverticulaire, mais sa structure est altérée. Elle est infiltrée de tissu lymphoïde, surtout dans ses couches profondes, infiltration qui gagne jusque dans le tissu appendiculaire lui-même en dehors de la nodosité. Les cellules sont remplacées par une couche de cellules cylindriques caliciformes posées sur un épais tissu granuleux infiltré de sclérose. Elle peut être réduite à une seule assise de cellules épithéliales cubiques. Les glandes sont le plus souvent disparues ou bourrées de leucocytes en diapédèse.

Les lésions sont plus nettes encore dans la sous-mu-

queuse où un apport plus ou moins considérable de cellules inflammatoires atteste de l'intensité et de l'ancienneté de la lésion. La sous-muqueuse est de même infiltrée de lobules adipeux, de noyaux fibreux. Les follicules lymphatiques y sont parfois tuméfiés. Les vaisseaux dilatés sont gorgés de globules. Tout, dans la structure, témoigne, selon les cas, d'une inflammation récente ou ancienne.

L'étiologie de ce type de diverticules permet de distinguer deux variétés.

La première correspond aux appendices kystiques. Sans vouloir entrer dans cette question, qui sortirait bien loin de notre sujet, nous devons cependant dire que le procédé de guérison spontanée de l'infection appendiculaire est qu'elle se résout en hydro-appendices, que Lejars a, très justement, rapprochés des hydro-salpynx. M. Elbe, de Rostock, en examinant 150 cas d'appendicites kystiques, trouve 22 fois des diverticules annexés. Il s'agissait là d'appendices dont la grosseur variait entre celle du pouce et du poing. Dans ces kystes, les tuniques sont déformées et surtout conjonctives; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'excès de pression interne, la distension des tuniques externes jointes à certain processus nécrotique aient créé ces diverticules spéciaux.

La seconde variété est celle décrite en 1897 par MM. Letulle et Weinberg, et reprise par MM. Lejars et Ménétrier en 1904.

Le processus de formation est des plus simples. On peut évidemment faire une part à la pression endo-appendiculaire; mais la cavité formée est alors le fait d'un abcès intra-pariétal ouvert dans la lumière de l'appendice;

la hernie des tissus internes s'est faite alors à travers une zone de la paroi musculaire détruite. Ou bien la muqueuse entraînée par la pression appendiculaire, tirée par des brides cicatricielles à la guérison, passe dans la cavité formée, ou bien la prolifération épithéliale pousse un prolongement qui formera le diverticule muqueux. Nous n'aurons, on le voit donc ici, aucune raison d'avoir un collet musculaire très rétréci et la lésion peut se trouver en n'importe quel point de l'organe; ils peuvent se trouver sur le bord libre, mais aussi en plein méso, lieu d'élection des diverticules par simple hernie.

La fréquence est ici beaucoup plus grande que dans les autres formes, et de beaux exemples sont donnés.

Nous reproduisons ici *in extenso* les observations de MM. Lejars et Ménétrier, parues dans la *Revue de Chirurgie* (octobre 1904).

Cet article porte trois observations; nous citerons la deuxième d'entre elles à la fin du chapitre suivant de l'appendicite diverticulaire.

Observation I. — LEJARS et MÉNÉTRIER.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui entrait à l'hôpital Tenon, dans le service de l'un de nous, en février 1902; il accusait deux crises antérieures, larvées, d'appendicite. On trouvait un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, et, au même niveau, une légère tuméfaction profonde, de contours mal dessinés.

Il fut opéré par le procédé habituel: incision de Jala-guier; l'appendice est situé en dessous et en arrière du cæcum, de découverte facile et très peu adhérent. Il est excisé, après retroussement d'une manchette musculaire et ligature du fourreau muqueux, et le moignon enfoui sous un pli cæcal. Guérison sans incident.

Cet appendice est long d'environ 6 centimètres, gros comme le petit doigt, rougeâtre et abondamment vascularisé; il est parsemé, sur toute sa surface, de nodosités jaunâtres, saillantes, hémisphériques, grosses comme un grain de chènevis, un grain de raisin, quelques-unes comme un petit pois; elles sont en nombre très considérable, réparties sur toute la longueur de l'appendice, plus confluentes pourtant dans sa moitié périphérique; elles lui donnent un aspect mamelonné des plus étranges.

Les coupes histologiques montrent que ces nodosités sont formées par une petite masse de tissu cellulo-adipeux, recouverte d'un simple feuillet fibreux péritonéal, et au centre de laquelle pénètre, au travers d'un orifice de la couche musculaire, *un diverticule de la muqueuse dont la cavité communique par un collet légèrement rétréci avec la cavité principale de l'appendice.*

Les coupes transversales de l'appendice et portant juste au centre de la nodosité (fig. 1) présentent en effet l'aspect suivant. Le contour de la coupe figure un ovoïde dont la petite extrémité correspond à la nodosité. Celle-ci se distingue du reste du contour de l'appendice par la minceur de sa couche limitante de revêtement, uniquement formée du feuillet fibreux du péritoine et non doublée de la couche musculaire, qui, continue sur tout le reste du pourtour de l'appendice, s'arrête nettement à la base de la nodosité, pour se recourber en dedans et se terminer de part et d'autre par une sorte d'éperon (fig. 1, CC), plus saillant d'un côté, plus émoussé de l'autre, et laissant dans l'intervalle un orifice étroit.

Au centre de la coupe, la cavité de l'appendice, en forme de fente allongée suivant le grand diamètre de l'ovoïde, tapissée par une muqueuse abondamment pourvue d'éléments lymphoïdes, occupe non seulement toute la portion médiane de l'appendice, mais encore se prolonge au travers de l'orifice laissé libre par l'interruption de la couche musculaire jusqu'au centre de la nodosité, formant là un diver-

ticule hernieux de la cavité principale. La muqueuse de ce diverticule est entourée d'une couche de tissu cellulo-adipeux lâche, laquelle est elle-même uniquement limitée à la surface par le feuillet fibreux du péritoine, la couche musculaire, ainsi que nous l'avons dit, y faisant complètement défaut.



Fig. 1. — Diverticule de l'appendice. — Coupe transversale correspondant au centre de la nodosité. — Au milieu de la coupe, la cavité de l'appendice E en forme de fente allongée, tapissée d'une muqueuse richement pourvue de glandes et qui se prolonge par le diverticule F jusqu'au centre de la nodosité, en passant au travers d'un orifice de la tunique musculaire A, limité à droite et à gauche par les extrémités interrompues CC' de cette couche; D, couche sous-muqueuse; B, couche péritonéale présentant des épaisissements fibreux; B', traces d'inflammation ancienne cicatrisée.

Ces diverses couches de l'appendice présentent des lésions anciennes et récentes. La muqueuse est épaisse; elle est revêtue à sa surface d'une couche épithéliale continue de cellules cylindriques calciformes qui sont de place en place pénétrées de leucocytes polynucléaires en diapédèse. Quelques-uns de ces leucocytes se retrouvent libres à la sur-

face dans la cavité. Les glandes également tapissées d'un épithélium caliciforme renferment aussi des leucocytes en diapédèse. La muqueuse est en totalité infiltrée d'éléments lymphoïdes et ses follicules lymphatiques sont volumineux.

L'infiltration cellulaire reste toutefois bornée à la muqueuse. Ces phénomènes de tuméfaction folliculaire et de diapédèse leucocytaire se voient au même degré dans la muqueuse du diverticule et dans celle de la cavité principale de l'appendice.

La couche sous-muqueuse est formée au niveau de la portion principale de l'appendice, par un tissu conjonctif lâche par places, fibreux en d'autres, et parsemé d'îlots de cellules adipeuses. Cette couche est plus épaisse que normalement et porte aussi les traces d'inflammations anciennes actuellement éteintes. Il n'y a pas de traînées lymphatiques dans son épaisseur.

Au niveau de la nodosité, la couche sous-muqueuse, en continuité avec la précédente par une mince bande de tissu qui passe avec la muqueuse dans le collet limité par l'éperon des couches musculaires, est constituée par un tissu cellulaire lâche, infiltré de cellules adipeuses et parcouru de quelques tractus fibreux.

La couche musculaire est assez épaisse. Elle est interrompue au niveau de la base de la nodosité. En ce point, elle se termine par deux extrémités arrondies, nettement limitées, sans étalement ni dissociation des fibres musculaires, sans mélange avec la couche celluleuse avoisinante, et sans interposition de tractus fibreux entre les fibres musculaires (fig. 2, CC).

La couche péritonéale présente de place en place quelques vaisseaux sanguins pleins de globules et notamment au niveau de la nodosité. On trouve aussi à sa surface des épaississements fibreux, nodules cicatriciels et vestiges d'inflammations anciennes.

Les coupes portant, non plus au centre même de la nodosité, mais sur ses parties latérales, montrent quelques dif-

férences. A mesure qu'on s'éloigne de ce point central, en examinant des coupes successives, on voit l'orifice de communication entre la cavité principale de l'appendice et la nodosité diminuer, tandis que le diverticule persiste, et il arrive un moment où le diverticule paraît indépendant de la cavité principale.

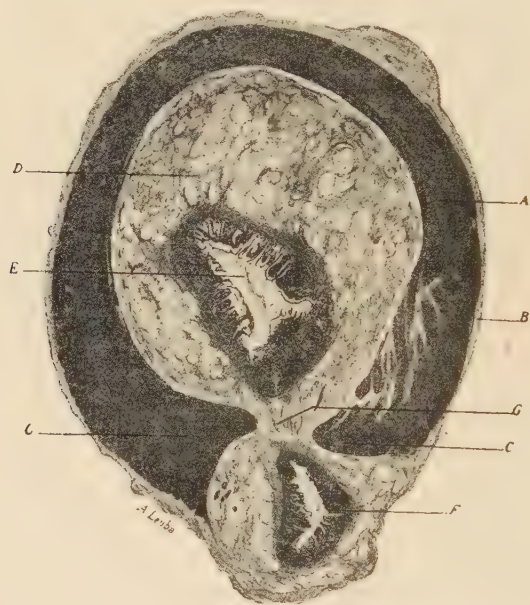


Fig. 2. — Diverticule de l'appendice. — Coupe transversale portant au-dessus de l'orifice de communication entre la cavité principale E et la cavité diverticulaire F. La tunique musculaire A est encore interrompue en CC' et le tissu conjonctif de la sous-muqueuse D se continue par l'orifice des musculaires G avec le tissu conjonctif sous-péritonéal de la nodosité.

L'on voit alors sur la coupe (fig. 2) deux cavités tapissées de muqueuse, l'une grande, au centre de l'appendice, l'autre plus petite, au centre de la nodosité, et séparées par les prolongements en éperon des couches musculaires qui tendent à se réunir et à fermer l'orifice de communication : ce qui indique que la cavité diverticulaire étalée dans la

nodosité présente une portion rétrécie, un collet, par lequel elle communique avec la cavité principale de l'appendice et qui se voit seulement sur les coupes portant exactement au centre de la nodosité.

Observation II.

Au centre de la coupe, une cavité étroite et irrégulière, tapissée d'une muqueuse dont les glandes sont implantées en désordre, représente le vestige de la cavité primitive de l'appendice. Tout autour, la sous-muqueuse sclérosée et parsemée d'îlots de lobules adipeux porte les traces d'inflammations chroniques anciennes, actuellement éteintes et cicatrisées. La couche musculaire, elle aussi, a été modifiée par ces processus inflammatoires antérieurs : elle présente deux brèches, l'une complète, où ses tuniques interrompues se terminent par des extrémités mousses et laissent entre elles un orifice rempli par un tissu fibreux qui met en communication la sous-muqueuse et le tissu conjonctif du méso de l'appendice situé juste à ce niveau.

Le méso épaissi, formé de grosses travées fibreuses entremêlées d'îlots adipeux, renferme à son centre et juste en face de la perforation des musculaires dans laquelle elle s'engage légèrement, une seconde cavité, tapissée de muqueuse, de glandes, mais irrégulièrement et incomplètement, et remplie de détritits nécrosés avec infiltration leucocytaire.

Cette seconde cavité est complètement indépendante de la première, comme on peut s'en assurer par l'examen de coupes sérieées; ce n'est donc pas un diverticule, mais une portion de l'ancienne cavité de l'appendice séparée avec ses glandes et sa muqueuse par le processus cicatriciel consécutif à d'anciennes inflammations et devenue une cavité close indépendante.

Au pôle opposé de l'appendice, la musculaire est également interrompue, mais incomplètement, des travées de

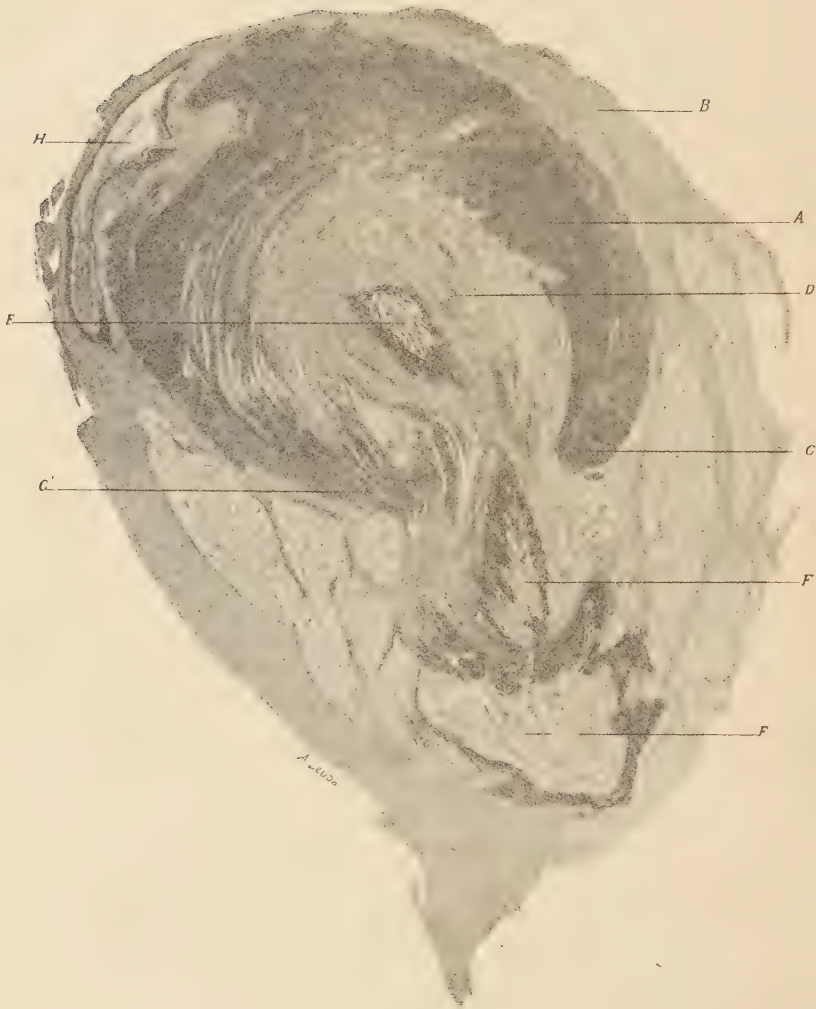


Fig. 3. — Appendice à trois cavités. — Au centre de la coupe, la cavité primitive de l'appendice E diminuée et déformée, tapissée de glandes irrégulièrement implantées et entourée d'une sous-muqueuse D sclérosée et parsemée d'îlots adipeux. La couche musculaire A est interrompue au niveau de l'insertion du méso en CC'; en ce point, dans l'épaisseur même du méso, se trouve une seconde cavité anfractueuse FF', indépendante de la première et également tapissée de muqueuse et de glandes. Au pôle opposé de la coupe, troisième cavité en forme de fente H, située immédiatement sous le péritoine et correspondant à une échancrure incomplète de la musculaire. En B, couche sous-péritonéale sclérosée.

fibres musculaires dissociées rejoignant les deux lèvres de l'ouverture; à ce niveau et en dehors de la zone musculaire, juste sous la couche sous-péritonéale et n'en étant séparée que par une mince bande fibreuse, une troisième cavité, en forme de fente aplatie sous la séreuse, également sans communication avec la cavité ancienne de l'appendice, est tapissée, non par une muqueuse, mais par un simple revêtement épithélial cylindrique, qui ne recouvre d'ailleurs que la portion interne de sa surface. C'est un revêtement épithélial, à une seule couche de cellules cylindriques caliciformes et complètement dépourvu de glandes. Tout au pourtour de l'appendice, la séreuse irrégulièrement épaissie et sclérosée porte également la trace d'inflammations anciennes. Ici, en somme, nous avons affaire à une tripartition de la cavité primitive de l'appendice sous l'influence successive d'une inflammation nécosante et destructive, et de la réparation consécutive qui a abouti à reformer des cavités secondaires avec des débris de muqueuse de la cavité primitive.

Observation de M. POTHERAT

Société de Chirurgie, Séance du 12 novembre 1912.

M. Potherat a décrit, dès 1902, à la Société de Chirurgie, un cas de diverticule qui vaut d'être raconté par son intérêt tout spécial.

Il s'agit d'une femme de 41 ans, que j'ai opérée le 2 octobre dernier et qui est aujourd'hui guérie. Elle avait eu deux crises violentes d'appendicite reconnue et traitée par son médecin. La dernière crise avait laissé, à sa suite, des douleurs qu'expliquent les lésions péri-appendiculaires (adhérences, épaississement) et appendiculaires. Ce sont celles-ci qui font l'intérêt de la présentation.

L'appendice épais, blanc mat, recouvert par des adhérences, mis à nu, je vis qu'il se dirigeait en bas vers le bassin.

Après un parcours de 6 à 7 centimètres environ, il se terminait par un renflement en décrivant une crosse à concavité inféro-externe, dans laquelle était enchâssée une masse du volume d'une amande verte, ovalaire, blanc mat, mais hérissée de saillies kystiques jaunes ou claires : le tout ressemblait absolument à un ovaire kystique, qui aurait été encadré, par l'appendice épaissi induré, et je crus tout d'abord qu'il s'agissait bien de l'ovaire et que je me trouvais en présence d'un de ces cas assez nombreux aujourd'hui où il y a lésion concomitante des annexes droits et de l'appendice.

Il n'en était rien : l'appendice et la masse étaient deux parties d'un seul organe, c'est là le fait anatomique spécial à ce cas. La petite tumeur n'était autre chose qu'une cavité remplie d'un liquide gélatineux, clair, analogue au contenu des kystes synoviaux. L'épaisseur inégale des parois leur avait permis de résister inégalement suivant les points, d'où les saillies kystiques secondaires de la surface. Enfin, cette poche latéralement placée le long de l'appendice, et près de son extrémité libre, ainsi que vous pouvez en juger par un orifice rond taillé à l'emporte-pièce et épithéliolisé avec le canal appendiculaire.

M. Lecène rapporte aussi, à la Société Anatomique de Paris, un cas peu douteux, que nous publions *in extenso* :

Ces deux pièces d'appendicite kystique avec diverticule que je vous présente, sont intéressantes à différents points de vue : tout d'abord, le contenu muqueux, filant de ces deux appendices, oblitérés du côté cæcal et en rétention muqueuse, était strictement *stérile*, aussi bien en microbes aérobies qu'anaérobies : on se demande, dans ces cas, si la cavité close ne joue pas parfois un rôle stérilisant sur le contenu normalement toujours infecté de l'appendice, au lieu d'en exalter la virulence, suivant une théorie retentissante, naguère communément admise. Dans le premier cas, l'appendice fut enlevé à froid, chez une jeune fille de 25 ans

qui avait présenté deux crises nettes avec fièvre et vomissements. L'appendice était dilaté, gros comme le petit doigt, hérissé de bosselures diverticulaires à parois amincies. L'examen microscopique de la paroi appendiculaire au niveau des points dilatés en diverticules, montre un amincissement considérable d'abord, puis une disparition complète à la périphérie des couches musculaires : l'aspect diverticulaire se produit ici par une usure progressive de la paroi musculaire, processus comparable à celui des anévrysmes artériels circonscrits. La muqueuse de l'appendice qui tapisse le diverticule s'aplatit également, s'amincit, et l'on n'y reconnaît plus qu'une mince couche lymphoïde sous-muqueuse et un épithélium cubique de revêtement sans formations glandulaires. Dans le second cas, l'appendice fut enlevé au cours d'une crise aiguë, à cause d'accidents douloureux subitement aggravés : l'appendice énorme, du volume d'un gros cornichon, était invaginé en partie dans le cæcum et le côlon ascendant : la désinvagination fut facile, car les accidents étaient récents; l'appendice enlevé présentait, lui aussi, plusieurs bosselures diverticulaires, comme dans le cas précédent, les couches musculaires de la paroi sont progressivement amincies, puis détruites, au niveau du point culminant du diverticule; la muqueuse est réduite à une très mince couche épithéliale de cellules du type muqueux, caliciforme, et à un mince stroma lymphoïde sous-jacent.

En 1907, M. Lorrain publiait, dans les *Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie pathologique*, un diverticule qu'il regardait comme une anomalie congénitale. L'observation a été rapportée par MM. Bérard et Vignard, auxquels nous empruntons leur résumé.

Observation de LORRAIN

La cavité appendiculaire était double; mais, tandis que l'une de ces cavités était entourée d'une couche de fibres

musculaires, l'autre en était totalement dépourvue. La paroi de cette dernière était constituée seulement par une muqueuse doublée d'une celluleuse enflammée. En dehors de cette malformation, probablement congénitale, il existait à la face externe de la seconde cavité appendiculaire, au lieu du revêtement péritonéal, un lambeau de muqueuse intestinale, reconnaissable à ses glandes, son chorion, sa *muscularis mucosæ*. L'interprétation de cette hétérotopie est malaisée; l'auteur pense que cette muqueuse a pris naissance aux dépens de la muqueuse appendiculaire de la deuxième cavité superficielle à ce niveau.

Nous ne pouvons classer un tel diverticule que dans la catégorie inflammatoire.

Dans la *Munchener Medizinische Wochenschrift*, M. Koujetzny, de Kiel, décrit aussi des cas très intéressants de diverticules inflammatoires, dont certains méritent d'être retenus. Entre autres faits, un des diverticules présentés ressemblait à s'y méprendre à une tumeur pseudo-myxome ou kyste de l'ovaire adhérent à l'appendice. D'autres chirurgiens ont, comme nous l'avons vu, trouvé en France des cas semblables.

Dans un autre appendice extirpé chez une fillette de 10 ans, il trouve deux diverticules inflammatoires rigoureusement en face l'un de l'autre dans la lumière centrale; l'un de ces diverticules était perforé, l'autre à paroi peu solide, mais non abcédée. Un poil de brosse était situé dans l'appendice, transversalement, et occupant les deux diverticules. Simple coïncidence peut-être, mais constituant peut-être aussi une pathogénie de diverticules inflammatoires.

CHAPITRE III

DISCUSSION ÉTIOLOGIQUE

Anatomo-pathologiquement, les diverticules de l'appendice se trouvent donc divisés en trois grandes classes et leur origine, telle que nous l'avons décrite, a été l'objet de longues discussions.

Il n'y a guère à discuter sur le premier type présenté, diverticule congénital ; il est trop semblable aux vrais diverticules congénitaux de l'intestin pour qu'on puisse leur refuser une origine commune, qui d'ailleurs s'explique bien au cas de M. Hedinger trouvé à l'autopsie d'un nouveau-né.

Pour les diverticules acquis, nous les avons nettement distingués en diverticules par hernie simple et diverticules par ulcération et perforation de la paroi appendiculaire. Tout le monde n'a pas admis ces théories. Les uns ont voulu voir dans le diverticule par hernie simple un diverticule congénital par irruption des tissus muqueux et sous-muqueux dans un hiatus vasculaire préformé. Telle est l'origine que donne M. Hanselmann aux 12 cas qu'il a montrés en 1904. Les chirurgiens ont, avec plus de raison, discuté la question au point de vue pa-

thologique et contesté la nature aseptique de la tension intra-appendiculaire en lui donnant une raison inflammatoire. C'est ainsi que, dans les deux cas si démonstratifs de M. Koujetzny, de Kiel, qui ont permis d'édifier la théorie émise de la hernie muqueuse à froid, on trouve des détails intéressants.

Il s'agit, en effet, d'appendices porteurs de diverticules sur le bord mésentérique, appendices, paraît-il, sans histoire clinique, recueillis au cours de laparotomies pratiquées pour d'autres affections que l'appendicite. On ne trouve aucune trace de lésions inflammatoires dans le diverticule et le canal appendiculaire. Mais l'orifice cæcal était atrésié sur une certaine longueur et ce fait, cause de l'anomalie diverticulaire, avait sûrement une origine inflammatoire.

A la vérité, le troisième type de diverticules, c'est-à-dire par ulcération de la paroi appendiculaire, doit être le plus fréquemment observé. C'est d'ailleurs celui qui nous intéresse le plus, car il n'est souvent qu'un stade d'arrêt dans le processus inflammatoire qui l'a causé, entre deux crises d'appendicite dont la seconde sera très rapidement perforante, comme nous le verrons au chapitre suivant.

CHAPITRE IV

APPENDICITE DIVERTICULAIRE

L'inflammation aiguë ou chronique évoluera de façon différente suivant qu'on aura affaire au diverticule congénital à parois complètes ou aux diverticules acquis. C'est qu'en effet il n'y a plus ici à s'occuper que de deux sortes de diverticules au point de vue de leur résistance à l'agent infectieux; ou bien l'on aura affaire au type congénital possédant toutes ses tuniques, ou bien la tunique musculaire manquera et alors l'évolution sera la même que le diverticule soit d'origine inflammatoire lui-même ou soit simplement une hernie muqueuse aseptique, si toutefois hernie d'origine non inflammatoire il y a.

Qu'un appendice a diverticule congénital à revêtement tissulaire complet soit le siège d'un processus infectieux, nous aurons devant nous le tableau de toutes les appendicites. Ce seront les mêmes troubles d'irritation péritonéale sans aucun fait particulier dans l'examen clinique. Cette appendicite aiguë ou chronique évoluera comme dans les appendices ordinaires et si, à la suite d'une crise aiguë, il y a perforation, celle-ci aura lieu en n'importe quel point de l'appendice. Elle ne sera nullement favorisée par le diverticule, puisque celui-ci présente les mêmes garanties de solidité que le reste de l'organe malade.

C'est tout au plus si, la crise passée, le diverticule peut devenir un recessus infectieux, un organe de récidence, opinion d'ailleurs peu solide à l'heure où le principe de gravité de l'infection dans une cavité close est de plus en plus discuté.

Il n'en sera, certes, pas de même quand on aura affaire aux diverticules acquis à paroi incomplète. C'est d'ailleurs le cas de tous les diverticules que l'on rencontre. C'est qu'alors la fragilité de la paroi appendiculaire au niveau de la bosselure n'opposera qu'une très courte résistance au processus inflammatoire et par une évolution ultra-rapide la perforation aura lieu sans qu'aucun grand signe clinique n'ait témoigné à l'avance de l'intensité des lésions anatomiques. Au cours d'appendicites cliniquement frustes, sans état général grave, caractérisées seulement par quelques troubles digestifs et quelques pesanteur dans le flanc droit, on aura déjà la menace toute proche d'une appendicite perforante.

Donc, tout malade porteur d'un de ces diverticules est sous un danger de mort permanent. Qu'il s'agisse d'un diverticule par simple hernie, ou que le malade ait eu des phénomènes d'appendicite antérieure ayant laissé une cavité diverticulaire, on est susceptible d'avoir d'emblée une forme d'appendicite foudroyante.

Bien mieux, étant donnée la fragilité extrême de la paroi, un léger traumatisme dans le flanc droit, la simple palpation médicale peut-être, peut réaliser le passage de liquides septiques dans le péritoine. Voilà peut-être un voile levé sur l'appendicite traumatique. Que de discussions elle a causées et cela surtout au moment de l'application de la loi sur les accidents du travail. De nombreuses communications ont été faites sur l'appendicite trau-

matique. Elles se sont résumées à ceci. Ou bien le traumatisme est violent et on a affaire alors à une contusion intestinale plutôt qu'à une crise d'appendicite créée par le choc, ou bien le traumatisme est faible et alors si une crise d'appendicite aiguë éclate, on déclare que le choc n'a fait que réveiller un processus chronique provisoirement inerte. On comprend maintenant qu'un choc, même faible, puisse, dans un cas de diverticule acquis de l'appendice, créer une crise aiguë, grave même, sans crises antérieures, et il ne s'agit plus là d'une maladie chronique qui se réveille, mais d'un choc particulièrement grave chez un homme où la région appendiculaire est particulièrement sensible.

Les cas de diverticule de l'appendice, et particulièrement de cas inflammatoires, sont de plus en plus fréquents.

Les cas sont nombreux dans la statistique de la clinique des frères Mayo, de Rochester, statistique dressée par Mac Carthy et Mac Grath ; les auteurs citent 17 cas d'appendices diverticulaires trouvés au cours d'opérations sur la région appendiculaire, et 9 d'entre eux extirpés au cours d'opérations pour appendicite aiguë.

Si l'on pense aux diverticules, l'explication d'appendicite foudroyante devient de plus en plus facile.

L'affection est donc des plus utiles à connaître pour le chirurgien, car et l'indication et le pronostic et la technique opératoire même des extirpations d'appendices vont se trouver modifiées légèrement de ce fait.

Le processus infectieux peut avoir comme point de départ le diverticule et s'y trouver limité. C'est le fait signalé dans l'observation de M. Zondek et présenté par lui

à la Société de Médecine Berlinoise le 8 mars 1911. Le fait est rapporté par M. Lejars dans la *Semaine Médicale* de la façon suivante .

Une jeune fille de 20 ans est prise, sans la moindre crise antérieure, d'une appendicite aiguë; on l'opère : en dégageant le cæcum ,en arrière, du pus s'échappe; l'appendice est libéré : le méso-appendice est le siège d'un abcès ouvert en bas; on résèque appendice et méso, et l'on réunit, en laissant un drain. Or, à 2 centimètres de la pointe de l'appendice, dans le méso, on constate un diverticule, perforé, et qui occupe le centre de l'abcès méso-appendiculaire; le diverticule est de paroi épaisse, il s'ouvre par un orifice en fente à la paroi inférieure de l'appendice, il a un calibre de 2 millimètres sur le reste de sa continuité. L'appendice étant sectionné en long, on reconnaît qu'il ne contient pas de pus, que la muqueuse en est tuméfiée et rouge sur 1 centimètre environ, autour de l'orifice diverticulaire, et qu'elle ne présente aucune lésion inflammatoire sur le reste de son étendue. Or, la malade, il convient de le répéter, n'avait jamais souffert du ventre, avant la crise présente, et, d'autre part, l'opération avait eu lieu quarante-huit heures après le début des accidents. Ne s'agissait-il pas, suivant toute évidence, d'un diverticule préformé?

Comme on le voit dans cette curieuse observation, l'infection ayant pour point de départ un diverticule, n'a pas encore gagné le reste de la cavité appendiculaire que déjà la perforation a eu lieu. Il s'agissait vraisemblablement là d'un diverticule par hernie simple¹ antérieurement inerte, puisque la malade n'avait jamais eu de crises d'appendicite. Que devons-nous penser alors de la gravité de diverticules d'origine inflammatoire, recessus infectieux d'une première atteinte d'appendicite et beaucoup plus

capables de s'infecter d'une façon aiguë. Cela donne évidemment à réfléchir sur le peu de sécurité dans lequel se trouvent les malades qui ont eu une crise d'appendicite et chez lesquels l'appendicectomie a été différée. Que durant la crise antérieure une cavité diverticulaire se soit formée et les patients courront les mêmes dangers que la jeune fille de M. Zondek. Ce que nous disons là est d'ailleurs parfaitement vérifié par les faits et c'est la conclusion à tirer de la communication faite par M. Patel à la Société des Sciences Médicales de Lyon, le 8 janvier 1913.

Voici la communication de M. Patel :

Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans, qui avait eu, il a trois mois et demi, une crise appendiculaire nette (température 39°8, plastron, phénomènes péritonéaux). Elle était restée huit jours au repos et à la diète absolue; la chute de la température s'était produite au huitième jour. Depuis, les douleurs avaient persisté avec quelque insistance dans la fosse iliaque droite. Ayant jugé le refroidissement suffisant, son médecin l'envoya à l'hôpital de la Charité.

Je pratiquai une incision de Roux avec dilacération sans section des fibres musculaires; l'appendice était en position rétro-cæcale; la pointe était très adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen. L'ablation fut faite très simplement.

A l'examen de la pièce, on vit sur le bord opposé à l'insertion du méso, à 2 centimètres de la pointe, une saillie du volume d'un pois, dont la paroi, extrêmement mince, se déchira immédiatement et laissa échapper un calcul stercoral. Comme on peut le voir sur la pièce, la muqueuse tapisse seulement une partie de la cavité; la tunique musculaire fait défaut et la séreuse seule, encore très amincie, formait la paroi diverticulaire. La poche communique par un étroit orifice avec la cavité de l'appendice, qui se trouve rempli de matières fécales dures agglomérées en calculs.

Le plus souvent l'affection a pris naissance en un point quelconque de l'appendice et le diverticule ne réagira de façon différente que par sa constitution spéciale. Si l'intervention chirurgicale arrive assez tôt, on évitera la perforation certaine dans une crise postérieure et c'est là l'indication thérapeutique de toutes les appendicites chroniques. Tels sont de nombreux diverticules où les chirurgiens sont intervenus à temps. Nous allons reproduire ici les principales observations.

Nous citerons tout d'abord le deuxième des trois cas présentés par MM. Lejars et Ménétrier dans la *Revue de Chirurgie* de 1904. Nous avons cité les deux autres avec les diverticules inflammatoires; l'urgence opératoire de celui-ci nous le fait classer dans ce chapitre.

Observation de MM. LEJARS et MÉNÉTRIER

Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, que l'un de nous avait eu l'occasion de voir, quelques mois auparavant, dans sa famille, à Puteaux, avec notre confrère le Dr Duchaine, en crise légère d'appendicite. Tout s'était « refroidi » sans incident; mais la fosse iliaque restait sensible, et l'on y retrouvait toujours, au palper profond, une petite masse irrégulière, mal définissable, douloureuse. Il entra à l'hôpital Tenon, le 29 octobre 1902, pour l'opération à froid; il fut opéré le 3 novembre : incision de Jalaguier, découverte aisée de l'appendice, qui, nous venons de le dire, faisait tumeur. Cet appendice est encapuchonné d'épiploon adhérent, qu'on décortique : il est gros, turgescant, mais intact, et, autour de lui, on ne trouve pas de pus, pas de foyer proprement dit, rien qu'une petite fausse membrane jaunâtre, en dehors. On le résèque au thermocautère après confection et retroussement d'une manchette musculaire et ligature du fourreau muqueux, et le moignon est enfoui

sous la manchette rabattue et sous un pli du cæcum. On laisse un petit drain, à cause de la « membrane jaune ». L'opéré sort guéri, le 12 décembre.

Cet appendice présente, à un centimètre environ de son extrémité terminale, une petite nodosité hémisphérique, vascularisée à sa surface, avec un point blanchâtre à sa partie la plus saillante, comme un petit abcès pointant, et paraissant indiquer une appendice perforante dont l'évolution ne serait pas encore achevée au moment de l'intervention.

Une coupe transversale passant juste au centre de la nodosité, montre un dessin assez semblable à celui que nous avons précédemment décrit : un contour ovoïde dont la petite extrémité correspond à la nodosité; la couche musculaire continue sur tout le pourtour de l'appendice et cessant brusquement par deux extrémités nettement arrondies, à la base de la nodosité, où le feuillet péritonéal seul limite la surface saillante de celle-ci. Au centre de la coupe, la muqueuse revêtant la cavité appendiculaire allongée en forme de fente suivant le grand diamètre de l'ovoïde se prolonge au travers de l'orifice laissé par l'interruption de la couche musculaire jusqu'au centre de la nodosité, formant ainsi un *diverticule hernieux* en communication avec la cavité principale de l'appendice.

Cet appendice présente d'ailleurs des lésions inflammatoires anciennes et récentes, surtout marquées dans la muqueuse, où la plupart des glandes ont complètement disparu, la couche superficielle de cette membrane, sous le revêtement épithélial de cellules caliciformes, étant transformée en un tissu de sclérose assez riche en cellules. Il y a surtout altération du tissu lymphoïde; infiltration lymphoïde diffuse des couches profondes de la muqueuse, empiétant au delà de la musculaire muqueuse, sur les régions avoisinantes de la sous-muqueuse, et tuméfaction considérable des follicules lymphatiques.

Ces lésions se montrent à leur maximum d'intensité dans

cette portion hernieuse de la muqueuse qui constitue le diverticule. En ce point, la tuméfaction des follicules est telle qu'ils remplissent la nodosité et s'avancent jusqu'à la couche péritonéale. Sur leurs limites, de gros lymphatiques bourrés de cellules sont immédiatement sous la séreuse, et celle-ci est à ce niveau infiltrée de petites cellules rondes fortement colorées : toutes lésions inflammatoires qui représentent le premier degré d'une évolution suppurative non encore abcédée. Si l'intervention chirurgicale n'eût arrêté la progression de ces lésions, il en fût résulté un foyer purulent, qui, s'ouvrant dans le péritoine en raison de la minceur des couches de l'appendice à ce niveau où faisaient défaut les tuniques musculaires, eût amené les accidents graves de l'appendicite perforante.

M. Simon, en 1911, signale, à la Société de Chirurgie de Breslau, un cas que rapporte M. Lejars dans la *Semaine Médicale* du 8 novembre 1911.

Sur l'appendice, à 1 centimètre environ de la pointe, un premier diverticule, gros comme un pois, était implanté du côté opposé à l'attache du méso; une seconde bosselure siégeait un peu plus bas, près du méso, mais toujours sur la face libre; l'examen histologique minutieux auquel s'est livré notre confrère confirme les données acquises. Ni l'un ni l'autre des deux diverticules n'était perforé; mais on comprend tout de suite quel danger eût entraîné une perforation secondaire de ces culs-de-sac herniaires, survenant plus tard, si l'on eût différé la résection de l'appendice, après refroidissement.

MM. Bérard et Vignard signalent, dans leur article paru dans la *Province Médicale* du 12 avril 1913, une observation non moins typique que les autres, où le pressentiment du malade lui a en quelque sorte sauvé la vie.

Le malade, sa crise passée, a demandé lui-même à se faire enlever l'appendice et la lecture de l'observation montre que bien lui en prit.

Observation de MM. BÉRARD et VIGNARD

Appendicite diverticulaire subaiguë à symptômes frustes.

M. A..., 45 ans, chauffeur d'automobile, vient trouver l'un de nous, le 5 février 1912, pour des douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, qu'il éprouve seulement à l'occasion de certains efforts, par exemple lorsqu'il veut mettre sa machine en marche. C'est un sujet vigoureux, bien musclé, sans antécédents pathologiques, assez souvent constipé. Il demande qu'on l'examine, car, l'année précédente, une jeune femme de ses voisines est morte, dit-il, brusquement en quarante-huit heures, après avoir présenté des symptômes analogues : le médecin avait songé à une perforation de l'appendice.

L'examen ne révèle qu'un peu de défense de la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite, avec un point douloureux au-dessous du Mac Burney. Repos au lit, glace sur le ventre, diète liquide sont prescrits, bien qu'il n'y ait aucune élévation thermique, aucun autre trouble fonctionnel.

Après huit jours de ce traitement, le malade, impatient de reprendre ses occupations, retourne à sa voiture et essaie de la mettre en marche. Il ressent aussitôt la même douleur à droite de l'ombilic et revient demander lui-même qu'on lui enlève l'appendice.

L'opération, pratiquée le samedi 22 février, fait découvrir un appendice plongeant, dirigé vers le promontoire, turgide, violacé, adhérent à quelques franges épiploïques par sa pointe. Après sa résection, la lumière est ouverte longitudinalement; et à un demi-centimètre de la pointe, on voit nettement une zone ulcérée, des dimensions d'une tête d'épingle en verre, qui communique par un pertuis assez

étroit avec une collection purulente enkystée, incluse dans le mésenteriolum, et du volume d'un pois. Les coupes histologiques montrent que cette collection est limitée encore çà et là par un revêtement muqueux à cellules basses, altérées, absentes par places, reposant directement sur le tissu cellulo-graisseux du méso, avec des amas de cellules embryonnaires à leur face externe.

Guérison per primam.

Le lieu d'insertion du diverticule sur l'appendice prend lui-même une importance assez considérable dans le cas d'appendicite diverticulaire.

Si le diverticule siège sur le bord libre de l'appendice, sa perforation déterminera une inoculation immédiate du péritoine avoisinant. Cette inondation dans le péritoine proche sera d'autant plus grave qu'aucun travail d'adhérence n'aura, la plupart du temps, limité le champ d'infection péritonéale. Ce sera donc, dans la plupart des cas, une peritonite généralisée qui suivra. On trouvera à la laparotomie un appendice baignant dans du pus libre au milieu d'anses intestinales libres. La surface d'absorption péritonéale exposée aux toxines est ici particulièrement considérable, et l'état du malade naturellement des plus graves. Tel est l'état dans lequel le patient est mis par la rupture d'un diverticule en péritoine libre. Notons que cette rupture pourra avoir lieu ou bien au cours d'une poussée aiguë d'appendicite, ou bien à la suite d'un traumatisme même léger, c'est-à-dire dans deux cas où précisément aucun travail de défense péritonéale n'a été édifié.

Si le diverticule s'érige sur le bord adhérent et tend à se développer dans le méso, l'appendicite diverticulaire

prendra alors un aspect différent. Le pronostic de l'affection, les lésions anatomo-pathologiques et la technique opératoire même seront modifiés. L'évolution du processus inflammatoire, dans ce cas, tendra vers le phlegmon méso-appendiculaire; décollant les feuillets séreux, la collection créera un vaste abcès sous-péritonéal avec lequel il faudra compter au cours d'une intervention.

La grande complication d'une appendicite évoluant dans cette direction siègera du côté du système porte. En effet, le foyer septique sera là merveilleusement placé pour infecter les petites mésentériques, d'où partiront des embolies puritides qui iront former autant de foyers infectieux jusque dans le système porte et jusque dans le foie. Cette complication grave, on le voit, peut rendre le pronostic fâcheux. Elle est connue depuis longtemps, à une époque où l'on ne soupçonnait pas les diverticules méso-appendiculaires, qui, dans bon nombre de cas, ont dû en être la cause.

D'autre part, sans supposer de complications aussi formidables, examinons tout simplement le cas où le chirurgien aura à intervenir sur un appendice porteur d'un diverticule méso-appendiculaire. Si, en pareil cas, il détache l'appendice au ras de son méso, il s'expose à laisser dans le méso une cavité toujours infectée et à infection même exaltée si l'on opère en crise aiguë. Cette cavité isolée dans le péritoine, le plus souvent sans drainage, amènera des accidents pouvant être très graves. C'est sur ce point qu'insistait déjà M. Walther en 1900 en présentant, à la Société de Chirurgie, un appendice porteur de diverticules à disposition semblable, et insistait sur les précautions à prendre dans ce cas.

Observation de M. VALTHER

Société de Chirurgie, Séance du 17 juillet 1900.

C'est un appendice que j'ai enlevé il y a deux jours, chez une jeune fille de 21 ans. Elle avait eu une première crise d'appendicite à l'âge de 12 ans, une deuxième à l'âge de 18 ans, une dernière, enfin, il y a dix-huit mois.

J'ai trouvé, outre les adhérences épiploïques, qui appliquaient le côlon transverse contre le cæcum, un appendice rétro-cæcal très gros, à parois épaisses, complètement fusionné avec le cæcum et le côlon ascendant.

J'ai dû, pour le réséquer, commencer par en faire la section à la base, puis je l'ai décortiqué, en incisant le péritoine à sa surface et en décollant péniblement avec le doigt.

Comme vous le voyez, le méso de cet appendice est gros, renflé surtout à son extrémité : sa surface est hérissée de petites tumeurs de la grosseur d'un pois. De ces tumeurs les unes sont mobiles et semblent être de petits kystes para-appendiculaires ; les autres, au contraire, sont solidement plaquées sur la paroi de l'appendice et semblent être formées, au premier abord, par une véritable hernie de la paroi elle-même.

Voilà donc un enseignement opératoire fourni par les diverticules. Il faudra examiner le méso avec soin, le détacher prudemment de l'appendice, et, de même, si le méso présente la moindre altération, si l'appendice se présente déformé, il faudra réséquer largement ce méso en le liant à sa base assez loin de l'appendice. Le phénomène doit être fréquent dans les appendicites chroniques. M. Potherat a découvert en plein méso une tumeur kystique diverticulaire à muqueuse atrophiée. Cette tumeur était du volume d'une grosse amande verte. M. Lejars cite

un cas plus instructif encore et qu'il a publié dans la *Semaine Médicale* du 8 novembre 1909. Nous reproduisons ci-dessous cette observation :

Observation de M. LEJARS

Semaine médicale du 8 novembre 1911

Nous avons observé un cas tout semblable; mais, cette fois, tout était cantonné dans le méso, et l'appendicite, sans revêtir des allures aiguës, avait été traînante, prolongée, avec des réactions minimes et une température peu élevée, de 37°5 à 38°, mais qui ne baissait pas. Finalement j'opérai : je trouvai quelques adhérences péri-cæcales, et l'appendice étalé et fixé au-devant d'une sorte de plaque phlegmoneuse qui remplissait le méso; j'ouvris là un abcès assez mal limité; je réséquai l'appendice, j'excisai les débris du méso et je drainai. Sur la face postérieure de cet appendice, un orifice, de 3 millimètres de large environ, laissait suinter du pus; en l'examinant, on s'aperçut qu'il occupait l'extrémité d'une saillie en doigt de gant, longue de 1 centimètre et demi à peu près, d'un diverticule; il s'ouvrait par un tout petit orifice dans la cavité appendiculaire, et la muqueuse de l'appendice, rouge et sanieuse tout autour, était de coloration et d'apparence normales dans le reste de la paroi.

Enfin, les diverticules, même sur le bord libre, constituent une difficulté supplémentaire de l'appendicectomie.

Cette difficulté s'augmentera quand ils seront, de plus, bridés par des adhérences. La fragilité de leur constitution exigera une prudence excessive. Ils peuvent, en effet, être gros et adhérents. M. Sweizer, en 1906, décrivait un appendice enlevé à froid et porteur d'un diverticule gros comme une noisette qu'il eut beaucoup de peine à

ne pas rompre en libérant l'appendice. La rupture du diverticule est, en effet, un accident fâcheux dans une appendicite à froid, où toute l'opération aurait pu rester aseptique. Il suffit parfois d'être prévenu et de rechercher systématiquement l'anomalie pour éviter ce danger.

CONCLUSIONS

I. — Les diverticules de l'appendice sont relativement fréquents et le deviennent de plus en plus à mesure qu'on les recherche mieux.

II. — Ce sont pour la plupart des anomalies acquises, le plus souvent, d'ailleurs, à la suite d'affections inflammatoires de l'appendice.

III. — Leur inflammation est elle-même très souvent observée et amène rapidement des désordres anatomiques intenses avant l'apparition de grands signes généraux.

IV. — Enfin, leur propagation dans le méso-appendice peut être le point de départ d'un phlegmon méso-appendiculaire avec phlébite de la veine et du système porte.

V. — En conséquence, ces faits obligent le chirurgien :

a) A opérer tout malade présentant de l'appendicite chronique et à pratiquer l'appendicectomie au moindre trouble local chez les gens ayant eu une crise d'appendicite aiguë antérieure.

b) A opérer dès les premières heures tout individu porteur d'une affection appendiculaire aiguë sans attendre les grands signes généraux.

c) A examiner avec soin l'appendice découvert après l'incision des plans musculo-aponévrotiques et à le manier avec précautions s'il porte la moindre bosselure capable de faire penser à un diverticule. Ces cavités sont, en effet, de paroi très fragile et leur rupture donnant issue à un liquide septique peut compromettre le bon résultat de l'opération.

d) L'opérateur devra de même examiner avec soin le méso-appendice, car il peut recéler un diverticule infecté. Dans ce dernier cas, une résection large du méso s'impose.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

A. PIC.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 juillet 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHOFF. — *Die Wiamfusatzentsündung*, Jéna, 1908.
- BÉRARD et VIGNARD. — *Province médicale*, 12 avril 1913.
- LORRAIN. — *Archives de médecine expérimentale et d'anatomopathologie*, novembre 1907.
- GRASER. — *München. Medizinische Wochenschrift*, n° 22, 1899.
- GOTTSTEIN. — Société de chirurgie de Breslau, 1911.
- KONJETZNY. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 2 Neuche 1909.
- LECÈNE. — Société anatomique, 19 mai 1911.
- LEJARS et MÉNÉTRIER. — *Revue de chirurgie*, octobre 1904.
- LEJARS. — *Semaine médicale*, 8 novembre 1911.
- LETULLE et WEINBERG. — *Archives des sciences médicales*, 1897, p. 360.
- MALATESTA. — *Il Policlinico*, 1908.
- MERTENS. — *Mitteilungen aus der Grauzlieten der Medizin und Chirurgie*, 1902, p. IX, cahiers 4 et 5.
- MAC CARTHY et MAC GRATH. — *Surgery gynecology and obstetric*, 3 mai 1911.
- PATEL. — *Lyon médical*, 2 mars 1913.
- POTHERAT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 23 novembre 1910, p. 1143.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1903, p. 810.
- SIMER. — Société de chirurgie de Breslau, 1911.
- SISSOJEFF. — *Virchow Archiv.*, 1911.
- VON BRUNN. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1905, p. 46.
- WALTHER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1899, p. 291.
- WEINBERG et WILLIAM. — *Bulletin de la Société de biologie*, 1906.
-



25407. — Imprimeries Réunies, 8, rue Rachais, Lyon.
